|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نموذج زيادة وقت الامتحان للطلبة ذوي الإعاقة بنسبة 50% من وقت الامتحان** | **رقم النموذج** | DSA-04-07-01 |
| **رقم وتاريخ الإصدار** | 2/3/24/2022/2963  5/12/2022 |
| **رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل** | 2(9/7/2023) |
| **رقم قرار اعتماد مجلس العمداء** | 2/3/24/2023/3010 |
| **تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء** | 2/10/2023 |
| **عدد الصفحات** | 01 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم**  **الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم**  **الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم**  **تحية طيبة وبعد،**  **فاستناداً إلى الكتاب رقم 2/3/24/2013/1475 (المرفق صورة عنه) المتضمن مراعاة ظروف الطلبة ذوي الإعاقة من خلال زيادة مدة الامتحانات لهم بمعدل نصف ساعة للامتحانات المكتوبة وإعطاء مدة (50%) زيادة على وقت الامتحانات المحوسبة.**  **أرجو التكرم بالإيعاز لأعضاء هيئة التدريس المبين أسماؤهم في الجدول أدناه لزيادة وقت الامتحان  للطالب: ................................... رقمه الجامعي: ................. نوع الإعاقة: ............................**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **اسم المساق** | **رقــم المساق** | **الشعبة** | **مدرس المادة** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **طلب تسهيلات أخرى للطالب: ..............................................................................................................................................................................**  **وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،،،**  **عميد شؤون الطلبة**  **.......................................**  **نسخة: مديرة دائرة الإرشاد الطلابي** |